

## Solicitud para Descuentos Por Escala De Tarifas

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Marque si rechaza los descuentos:

- Rechazo todos los Descuentos por Escala de Tarifas. He recibido información sobre los descuentos disponibles y entiendo que puedo solicitar en cualquier momento en el futuro.*

Enumere las personas que normalmente, principalmente y de manera colectiva dependen del mismo Ingreso del Hogar/Familia. Todas las personas incluidas en el cálculo del Tamaño del Hogar/Familia deben vivir juntas la mayor parte del tiempo. Ninguna persona puede ser considerada miembro de más de un Hogar/Familia.

Nombre y fecha de nacimiento si hay relación	Relación	Ingreso	Semana/Mes/Año	Paciente de la clínica (circulo)
	Propia			Sí
				Sí /No

*(Continúe en la página siguiente si es necesario)*

Proporcione verificación de ingresos para cada miembro del hogar según esté disponible. Si no se dispone de verificación de ingresos.



Acct# \_\_\_\_\_

Ejemplos de ingresos a continuación y comprobantes de ingresos aceptables (solo se necesita un documento por cada fuente de ingresos):

- Salarios y sueldos (talón de pago, aplicación de efectivo, formulario fiscal, carta del empleador, formulario de Autodeclaración, etc.)
- Ingresos por trabajo independiente (formulario fiscal, formulario de Autodeclaración, etc.)
- Jubilación, incluyendo pensiones y seguridad social (Estado de Beneficios, recibo de depósito, etc.)
- Ingresos por desempleo (Estado de beneficios, talón de pago)
- Compensación laboral, discapacidad u otros ingresos relacionados (estado de beneficios, talón de pago)
- Manutención de menores y pensión alimenticia recibida (recibo, estado de beneficios, extracto bancario, documento judicial)

Si solicito descuentos, entiendo que al firmar a continuación atestiguo que esta información representa el tamaño de mi hogar y los ingresos de la mejor manera posible. También comprendo que estos descuentos se aplican solo a los servicios prestados mientras tenga un Descuento por Escala de Tarifas activo. Si la documentación se devuelve después de una visita dentro de dos semanas para un nuevo paciente, dos semanas de una nueva solicitud o dos semanas desde una solicitud renovada, los descuentos se aplicarán hasta ese período de dos semanas. Además, entiendo que se espera el pago de todos los pagos aplicables en el momento del servicio. Los nuevos solicitantes y los pacientes renovados (una vez al año) solo pueden estar obligados a pagar una tarifa nominal en el momento del servicio si la solicitud de descuentos está pendiente.

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

---

**Uso exclusivo de la oficina: aprobado/no aprobado  
(Office Use Only: Approved/Not Approved)**

Pt Access Rep Signature: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_

ACTIVE SLIDING FEE LEVEL DATE RANGE \_\_\_\_\_

**LEVEL: A B C D E**